
BACHELORARBEIT

Herr
Matthias-Johannes Grau

**Besteht in Deutschland im
Zuge des demografischen
Wandels und der zunehmen-
den Bewegungsarmut der Ge-
sellschaft die Chance durch
konservative Therapieformen
die Lebensqualität im Sinne
des Präventionsgesetzes zu
fördern?**

2017

BACHELORARBEIT

Besteht in Deutschland im Zuge des demografischen Wandels und der zunehmen- den Bewegungsarmut der Ge- sellschaft die Chance durch konservative Therapieformen die Lebensqualität im Sinne des Präventionsgesetzes zu fördern?

Autor:
Herr Matthias-Johannes Grau

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM14wP1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

Zweitprüfer:
Dr. rer nat. Florian Kreuzpointner

Einreichung:
Mittweida, 06.04.2017

BACHELOR THESIS

Demographic change, a physically inactive society and the recently passed bill on health prevention – a potential for the field of conservative therapy to promote a higher health-related quality of life in Germany?

author:

Mr. Matthias-Johannes Grau

course of studies:

Health Care Management

seminar group:

GM14wP1-B

first examiner:

Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

second examiner:

Dr. rer nat. Florian Kreuzpointner

submission:

Mittweida, 06.04.2017

Bibliografische Angaben

Grau, Matthias-Johannes:

Besteht in Deutschland im Zuge des demografischen Wandels und der zunehmenden Bewegungsarmut der Gesellschaft die Chance durch konservative Therapieformen die Lebensqualität im Sinne des Präventionsgesetzes zu fördern?

Demographic change, a physically inactive society and the recently passed bill on health prevention – a potential for the field of conservative therapy to promote a higher health-related quality of life in Germany?

45 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

Abstract

In dieser Arbeit wird in Bezug auf das im Jahr 2015 in Deutschland eingeführte Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) und in Bezug auf die zukünftigen gesellschaftlichen Entwicklungen des demografischen Wandels und der zunehmenden Bewegungsarmut das Gesetz näher untersucht und sich kritisch mit der Frage auseinandergesetzt ob die konservativen Therapieformen dazu beitragen können die Lebensqualität zu steigern. Dies wird nicht nur auf rein theoretischem Weg erreicht, sondern es werden auch Erfahrungen mit eingebaut, die der Verfasser während seiner praktischen Ausbildung zum Physiotherapeuten sowohl in Deutschland, als auch im europäischen Ausland sammeln konnte. Zuletzt werden die gefundenen Daten zusammengefasst und kritisch bewertet und ein Fazit wird geben.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Vorwort	X
1 Einleitung	1
1.1 Thematik	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Methodik.....	3
2 Theoretische Grundlagen und Begriffsabgrenzungen.....	6
2.1 Präventionsgesetz.....	6
2.1.1 Gesundheitsziele.....	7
2.1.2 Lebenswelten	15
2.1.3 Leistungserbringung.....	16
2.2 Bewegungsarmut	17
2.3 Demografischer Wandel.....	18
2.4 Therapieformen.....	20
2.4.1 Chirurgische Therapieformen	21
2.4.2 Konservative Therapieformen	22
2.5 Lebensqualität.....	22
2.6 Korrelation von Risikofaktoren	24
3 Individuelle Gesundheitsleistungen	30
3.1 Vorstellung der Leistungen.....	30
3.2 Bewertung	32
4 Beispiele aus eigener Erfahrungen.....	34
4.1 Vernetzung und Zusammenarbeit	34
4.2 Kompetenzen	36
4.3 Synergieeffekte	38

5 Diskussion	39
6 Fazit	45
Literaturverzeichnis	XI
Eigenständigkeitserklärung	XIII

Abkürzungsverzeichnis

PrävG	Päventionsgesetz
WHO	World Health Organization
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
Destatis	Statistisches Bundesamt
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sterblichkeitsrate Krebsarten	10
Abbildung 2: Rauchverhalten 2000 - 2012.....	11
Abbildung 3: Gesundheitsziele mit Ergänzung	15
Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung 1950 - 2030.....	20
Abbildung 5: exemplarische Ursachen-/ Wirkungskette von Krankheitsentstehung	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Körperliche Inaktivität in Deutschland	18
Tabelle 2: Lebenserwartung in Gesundheit	23

Vorwort

Während der Ausbildung zum Physiotherapeuten und dem Studium zum Gesundheitsmanagers war es mir möglich viele verschiedene Stationen und Institutionen sowohl im Inland als auch im Ausland zu durchlaufen.

Durch das Programm Leonardo da Vinci, ein Unterprogramm des EU-Bildungsprogramm ERASMUS+ für Bildung, Jugend und Sport wurde es mir ermöglicht ein drei monatiges Praktikum in Seinäjoki, Finnland zu absolvieren. In diesen drei Monaten konnte ich alle Stationen des finnischen Gesundheitssystems aus der Sicht eines Praktikanten der Physiotherapie durchlaufen. Ebenso war es mir möglich einige Einblicke in die dortige Ausbildungsstruktur an der University of Applied Sciences zu erlangen.

In der Leukerbad Clinic, Bad Leukerbad, im Kanton Wallis in der Schweiz, konnte ich erste Eindrücke durch die Arbeit in einem multinationalen Physiotherapeudenteam (Schweiz, Deutschland, Frankreich und Finnland) sammeln. Darüber hinaus wurde die Arbeit dort durch eine stark interdisziplinäre Ausrichtung (Masseure, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ärzten und Psychologen) geprägt.

In der Ostseestrandklinik Klaus Störtebeker auf der Insel Usedom, eine Eltern-Kind Klinik, konnte ich praktische Erfahrung durch die Arbeit sowohl mit den Kindern als auch den Begleitpersonen erlangen. Adipositas der Kinder war die Hauptdiagnose, die nach dem Interdisziplinären Konzept der Konsensusgruppe Adipositasschulung behandelt wurde.

Bei der Ausbildung zum Physiotherapeuten die ich in Sachsen begonnen habe und in Bayern, im Regierungsbezirk der Oberpfalz abschloss, war es mir möglich einen tieferen Einblick in die deutsche Ausbildungsstruktur zu erhalten. Der Ausbildungsstellenwechsel machte es mir möglich mich näher mit den gesetzlichen Verordnungen in unserem föderalgeprägten System auseinanderzusetzen und schuf eine Grundlage für einen Vergleich. Die anschließende Weiterbildung zum Lymphtherapeuten gab mir erste Erfahrungen mit dem Fort- und Weiterbildungssystem in Deutschland.

Zu dieser Vielzahl an Erfahrungen die ich sammeln konnte kam noch ein persönlicher Schicksalsschlag hinzu. Mein jüngerer Bruder, erlitt durch einen Gendefekt verursacht, bekannt als FaktorV-Leiden, mit 22 Jahren einen Schlaganfall.

Diese Erlebnisse und Erfahrungen der letzten Jahre prägten mich zu einem sehr aufgeschlossenen, aber auch kritisch hinterfragenden und unkonventionell denkenden Menschen, sowie Therapeuten.

1 Einleitung

1.1 Thematik

In einem Artikel aus dem Jahr 2008 aus dem Deutsche Ärzteblatt: „30 Jahre Primary Health Care: Die Neuauflage einer revolutionären Idee“¹, wurde auf die Internationale Konferenz der World Health Organisation (WHO) zur primären Gesundheitsversorgung aus dem Jahr 1978 in Alma-Ata verwiesen, welche die Gesundheit als Menschenrecht definierte.²

Diese „Alma-Ata Declaration“³ entstand bei der Ersten internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung. Im Jahr 1986 auf der Ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, ebenfalls durch die WHO abgehalten, wurde die „Ottawa-Charta“⁴ verabschiedet. Diese beiden Beschlüsse legen den Grundstein für das im Jahre 2015 in Deutschland eingeführte „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“.⁵

Aus den oben genannten Jahreszahlen und aus dem Grund, dass es sich hier um ein Menschenrecht handelt ist verständlich, dass diese Änderungen wohl überdacht und überlegt vom Gesetzgeber eingeführt wurden. Dies lässt auch die Möglichkeit zu, dass vor der Einführung nicht nur das Gesundheitswesen isoliert, sondern auch zukünftige gesellschaftliche Entwicklungen mitberücksichtigt werden konnten.

¹ Müller/Razum, 2008, S. 407

² Vgl. Ebd., Zugriff v. 02.04.2017

³ WHO, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>, Zugriff v. 01.04.2017

⁴ Vgl. WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff v. 01.04.2017

⁵ Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31,

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5b@attr_id=%27%27%5d#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1490109882834, Zugriff v. 01.04.2017

1.2 Fragestellung

Aus dem Vorwort ist zu entnehmen, dass der Verfasser dieser Arbeit eine Ausbildung zum Physiotherapeuten durchlaufen hat. Da sich der gesamte Einsatzbereich eines Physiotherapeuten auf die Anwendungsform der konservativen Therapie beschränkt liegt hier ein besonderes Interesse begründet. In diesem Grund liegt die Ursache für die Wahl der Betrachtung dieser Therapieformen.

Durch das begleitende Studium zum Gesundheitsmanager bedingt zeichnet sich ein zukünftiges Arbeitsfeld ab, welches sich direkt oder auch indirekt auf das Gesundheitswesen beziehen wird. Ebenso wird es sich in Zukunft nicht nur auf das rein klassische Behandeln von Patienten beschränken, wie es bis jetzt noch üblich ist.

Die Einführung des PräVG durch den Gesetzgeber stellt hier auch die Grundlage für diese Möglichkeiten dar. Es ermöglicht die Loslösung von rein klassischen Kategorien der verschiedensten Berufe im Gesundheitswesen. Als Beispiel hierfür dient der Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements in all seinen Ausprägungen.

Das Gesundheitssystem ist als ein dynamisches System zu sehen, was sich theoretisch immer den Bedürfnissen und Entwicklungen einer Gesellschaft anpassen muss. Ebenso ist der wissenschaftliche Fortschritt ein weiterer Faktor der hier hinzukommt.

Aus diesen Gründen muss eine Verbindung zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und absehbaren Trends zur aktuellen Gesetzeslage, welche die Rahmenbedingungen vorgibt in denen sich die Akteure bewegen können geschaffen werden. Ebenso sollen die gesammelten Erfahrungen des Verfassers in dieser Arbeit miteingebunden werden, um Beispiele zu liefern wie andere Länder im europäischen Raum gesundheitspolitisch bezogene Entwicklungen angehen. Diese Beispiele sollen einerseits als Möglichkeiten gesehen werden um bestehende Entwicklungen von einem anderen Standpunkt aus zu betrachten und andererseits einen Einblick in die praktische Durchführung geben.

Die zwei bedeutendsten Trends in der deutschen Gesellschaft sind zum einen der demografische Wandel⁶ und zum anderen die zunehmende Bewegungsarmut. Diese werden in Bezug auf die gesetzliche Grundlage definiert, erklärt und kritisch diskutiert.

Aus den vorangegangenen Überlegungen ergibt sich die Fragestellung, besteht in Deutschland im Zuge des demografischen Wandels und der zunehmenden Bewegungsarmut der Gesellschaft die Chance durch konservative Therapieformen die Lebensqualität im Sinne des Präventionsgesetzes zu fördern?

1.3 Methodik

Bei der Wahl der Quellen und Literatur ist sich nach eingehender Recherche und Prüfung ob es sich um Daten handelt die den wissenschaftlichen Kriterien entsprechen bewusst vom Verfasser dafür entschieden worden, nach folgenden Kriterien vorzugehen.

Da es sich bei der vorliegenden Fragestellung um einen Gesetzestext handelt, der vom Bund ausgeht ist das erste Kriterium möglichst die gleichen Daten und Quellen zu nutzen die dem Gesetzgeber auch zu Verfügung stehen oder in seinem Namen dafür in Auftrag gegeben wurden. Somit ist die größtmögliche Kongruenz der Daten, im Auge des Verfassers, gewährleistet.

Als zweites Kriterium wurde die Zugänglichkeit der Daten bestimmt. Denn da es sich um eine Thematik handelt die die gesamte Gesellschaft betrifft und es auch das Gesundheitsziel der Kompetenzerhöhung der Bürger und Bürgerinnen aus dem Gesetzestext widerspiegelt, ist sich wenn möglich auf den Zugang über das Internet beschränkt worden. Daraus resultiert, dass bei den Angaben der Fußnoten nicht nur der Internetlink wie gewöhnlich angegeben ist, sondern auch

⁶ Vgl. DESTATIS, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile, S. 5, Zugriff v. 01.04.2017

die Seitenzahl des entsprechenden Dokuments, falls dies zu einer besseren Auffindung der zitierten Stelle oder Grafik dient. Als Beispiel hierfür gilt die Gesundheitsberichtserstattung vom Robert Koch-Institut (RKI) die mehr als 500 Seiten umfassend ist.

Diese zwei Gründe sind dem Verfasser sehr wichtig. Denn es soll neben den auch aufgeführten persönlichen Erfahrungen in dieser Arbeit gezeigt werden, dass es jedem Bürger und jeder Bürgerin möglich ist, von zu Hause aus, sich über das Medium Internet die Daten zu beschaffen, zu studieren und sich eine eigene auf wissenschaftlichen Kriterien basierende Meinung über das Gesundheitswesen und die angesprochenen gesellschaftlichen Entwicklungen zu schaffen.

Um die vorliegende Fragestellung zu beantworten wird in dieser Arbeit nicht rein nach einer Methodik gearbeitet, sondern es wird nach wissenschaftlichen Kriterien wie folgt vorgegangen.

Zum Anfang werden die zur Beantwortung der Fragestellung zu Grunde liegenden Begrifflichkeiten definiert und aufbereitet. Die Gesetzesgrundlage wird analysiert und die ausschlaggebenden Bereiche des Gesetzestextes werden herausgearbeitet und näher erklärt. Ebenfalls werden kurze kritische Anmerkungen vorgenommen auf die im weiteren Verlauf der Arbeit wieder Bezug genommen wird um sie ausführlicher zu diskutieren.

Danach wird auf die oben angesprochene Entwicklung der Gesellschaftsstruktur eingegangen. Der demografische Wandel wird näher betrachtet und die abzusehende Entwicklung der deutschen Bevölkerung dargestellt. Ebenso wird der Begriff der Bewegungsarmut erarbeitet und definiert.

Im Anschluss werden verschiedene Möglichkeiten zur Abgrenzung der Therapieformen vorgestellt und es wird begründet warum für diese Arbeit genau diese Art der Abgrenzung vorgenommen wird.

Der Begriff der Lebensqualität wird ebenfalls untersucht und es wird vorgestellt und begründet was unter diesem Begriff für diese Arbeit ausschlaggebend ist.

Im nächsten Teil der Arbeit wird anhand eines ausgewählten Beispiels von der WHO auf die Korrelation von Risikofaktoren eingegangen und diese werden vorgestellt. Dies dient zur Verdeutlichung der Komplexität die der Beantwortung der

Fragestellung zu Grunde liegt. Dieser Teil soll ein Bewusstsein schaffen wie stark die Vernetzung und Vielfältig die Betrachtungsmöglichkeiten in diesem Bereich, auf den Bezug der bereits herausgearbeiteten Gesetzestextstellen sind.

Des Weiteren wird der Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) vorgestellt. Es wird auf die damit verbundene Internetseite zur Informationsbeschaffung für die Öffentlichkeit vorgestellt. Ebenso werden die Resultate zusammengefasst und vorgestellt zur Bewertung dieser Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um die der Gesellschaft am geläufigsten Präventionsleistungen was ein Grund für die Auswahl ist. Dazu kommt als weiterer Grund die nach wissenschaftlichen Kriterien vorgenommene Bewertung. Aus diesen beiden Gründen werden die IGeL hier aufgeführt.

Im letzten Teil werden Beispiele aus dem Berufsumfeld der Physiotherapie genannt mit denen der Verfasser persönlich in Kontakt gekommen ist. Diese Beispiele aus dem In- und Ausland sollen, wie schon zuvor angesprochen, dazu dienen eine Grundlage für die Möglichkeit eines neuen Betrachtungswinkels zu geben.

Zum Schluss folgt eine Zusammenfassung und Diskussion der gefundenen und vorgestellten Daten und es wird die Fragestellung beantwortet.

2 Theoretische Grundlagen und Begriffsabgrenzungen

2.1 Präventionsgesetz

Das am 17. Juli 2015 vom Bundestag beschlossene „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“⁷ stellt eine Neuerung für das deutsche Gesundheitswesen dar. Diese Neuerungen erfüllen lange Jahre nach der „Alma-Ata Declaration“⁸, verabschiedet 1978, und der „Ottawa-Charta“⁹ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1986, den Anspruch für einen gesetzlich verbindlich festgelegten Rahmen für das Gesundheitswesen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland.

Die Gesetzesvielfalt in Deutschland betreffend den Sektor Gesundheit und deren Akteure sind sehr zahlreich. Man kann jährlich von mindestens einer Gesetzesänderung, -erweiterung, oder -neuerung rechnen. Prof. Dr. Gerhard Bäcker vom Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen gibt hierzu in einer Veröffentlichung mit dem Titel: „Chronologie gesetzlicher Neuregelungen Krankenversicherung & Gesundheitswesen 1998 – 2016“¹⁰ vom Januar 2017 die aktuellste Zusammenstellung und Übersicht dar.

Dieser Fakt lässt mehrere mögliche Schlussfolgerungen zu. Erstens, der deutsche Gesetzgeber ist bemüht einen immens Hohen Aufwand im Bereich Gesundheitswesen für seine Bürger zu betreiben, dass fortlaufend der Aktualitätsbezug gewahrt wird. Oder Zweitens, dass es je nach politischer Führung und dem Einfluss der zahlreichen Interessensgruppen in diesem Sektor betreffend jede dieser

⁷ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31,

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*%5b@attr_id=%27%27%5d#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1490109882834, Zugriff v. 01.04.2017

⁸ WHO, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>, Zugriff v. 01.04.2017

⁹ WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff v. 01.04.2017

¹⁰ Bäcker, http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Chronologie_GKV_Gesundheitssystem.pdf, Zugriff v. 17.03.2017

Interessensgruppen zum Zuge kommt in der Umsetzung ihrer Interessensvertreter.

Für die Bearbeitung und Analyse in dieser Arbeit wird sich auf den Stand von der Gesetzesverabschiedung vom 17. Juli 2015 bezogen. Ebenso wird eine Eingrenzung vorgenommen um einen klaren Rahmen zu schaffen um die zu Grunde liegende Fragestellung zu analysieren und zu beantworten.

2.1.1 Gesundheitsziele

Eine Neuerung besteht in der schriftlichen Nennung der Leistungsbereiche und vor allem in der klaren Formulierung von Gesundheitszielen, zu denen sich alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bekennen. Diese acht Gesundheitsziele lauten:

- „1. *Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,*
2. *Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,*
3. *Tabakkonsum reduzieren,*
4. *gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,*
5. *gesundheitliche Kompetenzerhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,*
6. *depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln,*
7. *gesund älter werden und*
8. *Alkoholkonsum reduzieren.“¹¹*

Durch diese Benennung der Gesundheitsziele ist ein klar definierter Rahmen vom Gesetzgeber geschaffen worden in den sich die Akteure des Gesundheitswesens bewegen müssen. Auf den folgenden Seiten wird auf die einzelnen Gesundheitsziele eingegangen und diese werden näher erklärt und wenn möglich durch eine grafische Darstellung ergänzt.

¹¹ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*%255B@attr_id=%27bgbg115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgb115s1368.pdf%27%5D__1414899299558, Zugriff v. 01.04.2017

Diabetes mellitus

„Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch erhöhte Blutzuckerkonzentrationen charakterisiert ist. Ursache ist ein absoluter oder relativer Mangel an Insulin, einem in der Bauchspeicheldrüse produzierten Hormon, das den Blutzuckerspiegel senkt.“¹²

Dabei lassen sich zwei Formen unterscheiden, Typ 1 und Typ 2. „Ein absoluter Insulinmangel kennzeichnet den Typ-1-Diabetes, der sich überwiegend im Kindes- und Jugendalter manifestiert. Zugrunde liegt eine vom Immunsystem gegen körpereigenes Gewebe gerichtete (autoimmune) Zerstörung der Insulin produzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse.“¹³

Im Gegensatz dazu besteht beim Typ-2-Diabetes der vorwiegend bei Erwachsenen auftritt ein relativer Insulinmangel der aus einem gestörten Blutzuckerstoffwechsel resultiert. Dieser gestörte Blutzuckerstoffwechsel hat entweder eine unzureichende Wirkung oder Ausschüttung des Insulins zur Folge.¹⁴

Mögliche Ursachen für den Typ-2-Diabetes können genetische Prädispositionen sein, aber auch Risikofaktoren wie eine unangemessene Ernährungsweise, Bewegungsarmut und dass daraus resultierende Übergewicht.¹⁵

Auf die genauere Betrachtung von spezielleren Krankheitsursachen, wie dem Schwangerschafts-Diabetes wird hier nicht eingegangen, denn dieser stellt nur ein temporäres Auftreten dar und bildet sich auch nach der Schwangerschaft von selbst wieder zurück. Dennoch ist zu erwähnen, dass diese betroffenen Frauen ein erhöhtes Risiko besitzen um im Laufe ihres Lebens einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln.¹⁶

Diese Gründe können es verständlich erscheinen lassen warum der Gesetzgeber sich in der Formulierung explizit auf den Typ-2-Diabetes beschränkt hat.

¹² RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 61, Zugriff v. 03.04.2017

¹³ Ebd., S. 61, Zugriff v. 03.04.2017

¹⁴ Vgl. Ebd., S. 61, Zugriff v. 03.04.2017

¹⁵ Vgl. Ebd., S. 61, Zugriff v. 03.04.2017

¹⁶ Vgl. Ebd., S. 61, Zugriff v. 03.04.2017

Brustkrebs

Der Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, nicht nur in Deutschland, sondern auch in der gesamten EU.¹⁷ „Im Jahr 2008 war Brustkrebs für rund 30% der Krebserkrankungen bei Frauen verantwortlich und 2011 für 16% der Krebstodesfälle.“¹⁸

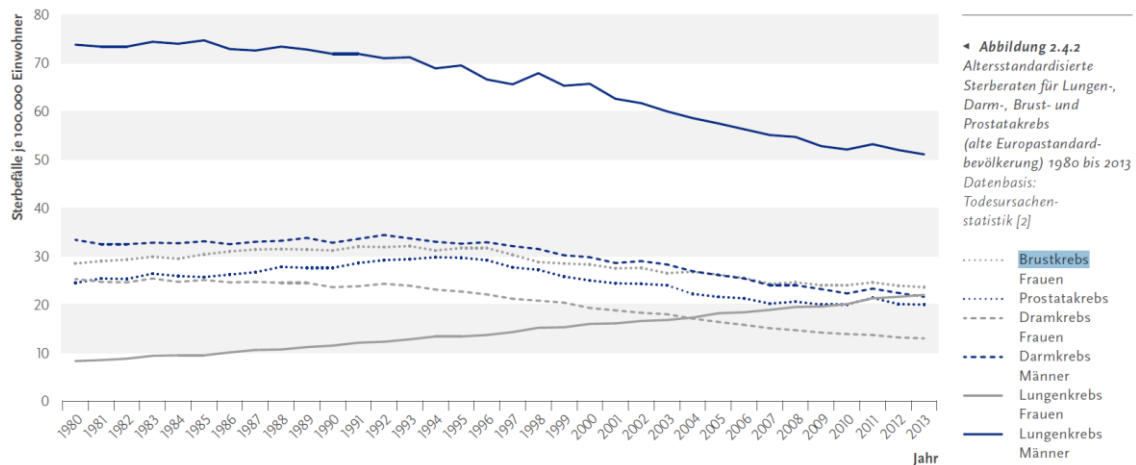
Aus dem Grund, dass die Sterblichkeitsrate in Deutschland höher als der EU-Staaten Durchschnittswert liegt, um 2 Todesfälle höher auf je 100.000 Frauen¹⁹ gerechnet hat den Gesetzgeber sicher veranlasst dieses Ziel ebenfalls explizit in dem Gesetz zu verankern. Denkbar wäre nämlich auch eine allgemeine Formulierung gewesen, die den Brustkrebs auf keinen Fall ausgeschlossen hätte. Ein anderer rein medizinisch fundierter Grund kann hier aber nicht angeführt werden, warum sich das Gesetz nicht auf alle Krebsarten bezieht.

In nachfolgender Abbildung 1: Sterblichkeitsrate Krebsarten wird ersichtlich, dass der Brustkrebs Europaweit noch immer eine häufige Todesursache bei Frauen ist, aber sie zeigt auch, dass die Zahlen fasst identische Werte zum Prostatakrebs aufweisen. Die markanteste Änderung betrifft den Lungenkrebs, der bei Frauen kontinuierlich über die Jahre hin angestiegen ist. Diese Zahlen stützen die obige Aussage.

¹⁷ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 468, Zugriff v. 03.04.2017

¹⁸ Ebd., S. 468, Zugriff v. 03.04.2017

¹⁹ Vgl. Ebd., S. 468, Zugriff v. 03.04.2017

Abbildung 1: Sterblichkeitsrate Krebsarten²⁰

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der Brustkrebs seit Jahren bei weitem nicht die dominanteste Krebsart ist, wenn man sich auf die gesamte Gesellschaft bezieht. Ebenso ist auf die direkte Korrelation von Krebs, vor allem dem Lungenkrebs, zu dem nachfolgenden Gesundheitsziel gegeben.

Somit ist nicht oder nur schwer nachzuvollziehen, was sich der Gesetzgeber dabei genau erhofft, denn einerseits wird auf sich eine Randgruppe der Krebsarten explizit bezogen und andererseits ist hier auch noch eine geschlechtsspezifische Abgrenzung vorgenommen worden.

Tabakkonsum

Das RKI bezeichnet „Tabakkonsum [als den] bedeutendste[n] vermeidbare[n] Risikofaktor für die Gesundheit. Er erhöht das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und Lungenkrebs sowie Karzinome des Mund- und Rachenraums.“²¹

Ebenso trägt Rauchen zu peripheren Gefäßkrankheiten, Bluthochdruck und zu chronischen Erkrankungen der Atemwege bei. Darüber hinaus ist Tabak einer

²⁰ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 56, Zugriff v. 03.04.2017

²¹ Ebd., S. 469, Zugriff v. 03.04.2017

der führenden Todesursachen in Europa. Weltweit gesprochen ist die Amerikanische und Europäische Region Vorreiter in Tabakbedingten Todesfällen.²²

„In Deutschland sterben jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.“²³ Dennoch hat sich in Deutschland zwischen den Jahren 2003 – 2009 bereits eine positive Entwicklung abgezeichnet und zwar ein Rückgang um 10%.²⁴ Siehe Abbildung 2: Rauchverhalten 2000 - 2012

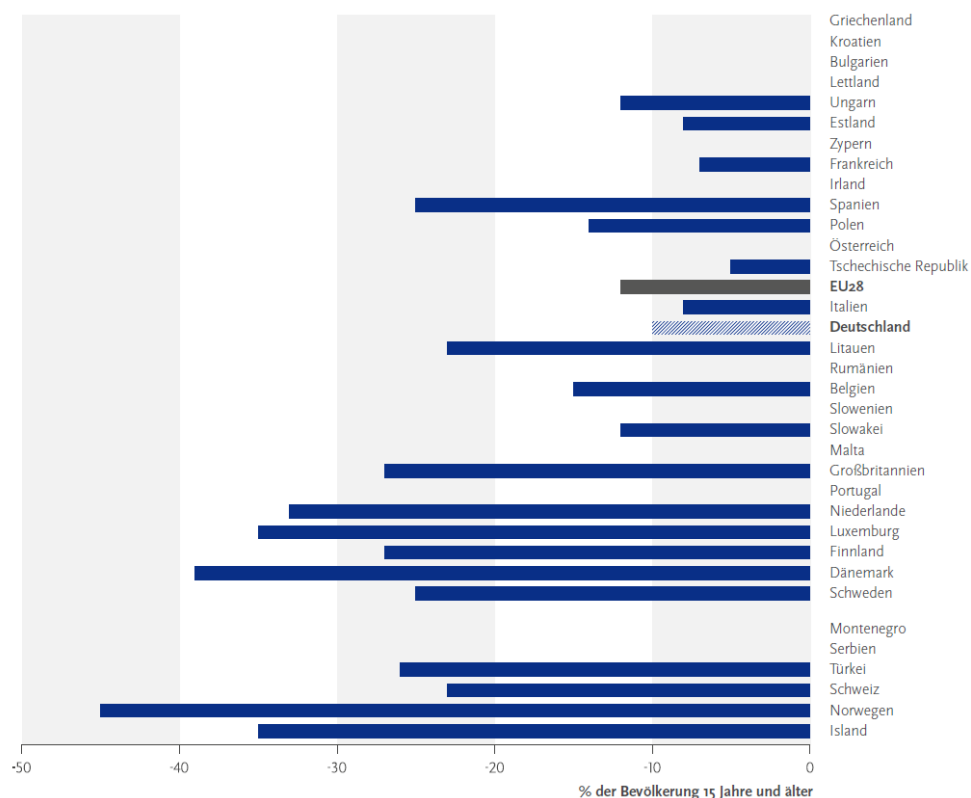


Abbildung 2: Rauchverhalten 2000 - 2012²⁵

²² RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 469f, Zugriff v. 03.04.2017

²³ Ebd., S. 470, Zugriff v. 03.04.2017

²⁴ Ebd., S. 470, Zugriff v. 03.04.2017

²⁵ Ebd., S. 471, Zugriff v. 03.04.2017

Gesund aufwachsen

Dies ist eine sehr allgemeine Zielformulierung im Vergleich der vorangegangenen, spiegelt aber dennoch den Grundgedanken der Prävention und Gesundheitsvorsorge wieder. Von diesem Gesundheitsziel „gehen wichtige Impulse zur Verbreitung der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen aus.“²⁶

Zahlen belegen, dass im Jahr 2012 mehr als 50% der Menschen übergewichtig oder adipös waren, und dass traf auf 17 von 26 EU-Staaten zu.²⁷

Anhand von Daten aus dem Jahr 2003 und 2013 für Deutschland lässt sich ein Anstieg von 12,9% auf 15,7% verzeichnen.²⁸ Bei den Kindern in Deutschland lässt sich ebenfalls ein leichter Anstieg verzeichnen, bei den Mädchen von 2001 – 2010 um ca. 1,5% und bei den Jungen im gleichen Zeitraum um ca. 3,5%.²⁹

Somit steht dieses Ziel klar im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung, auch wenn es keine belegbaren Zahlen gibt, dass ein gesundes Kind auch ein gesunder Erwachsener wird.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen

Wiederum ein sehr weitgefasstes und allgemein gehaltenes Ziel. Zur Grundlage einer Kompetenzerweiterung oder -erhöhung sind zwei grundlegende Voraussetzungen zu erfüllen. Einerseits der Zugang mit nachhaltigen und sachkundigen Informationen und zum anderen aber auch die aktive Auseinandersetzung dieser.

Diese Umsetzung ist eher auf kommunaler als auf Bundesebene anzusiedeln, aber ob es sich in dem Maße ausbauen lässt, dass eine einzelne Person aktiv

²⁶ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 494, Zugriff v. 03.04.2017

²⁷ Ebd., S. 476, Zugriff v. 03.04.2017

²⁸ Ebd., S. 477, Zugriff v. 03.04.2017

²⁹ Ebd., S. 477, Zugriff v. 03.04.2017

mit der Krankenkasse in Dialog treten kann um die für sich notwendige und relevante personenbezogene Unterstützung erreichen kann muss sich in Zukunft erst noch zeigen.

Depressive Erkrankungen

„Diese psychischen Störungen sind durch Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit gekennzeichnet.“³⁰ Es ist normal, dass im Laufe eines Lebens Phasen auftreten können die vorübergehende Verstimmungen verursachen und auch somit nicht therapiert werden müssen, doch bei einer Häufung dieser Phasen und bei längeren Zeiträumen, sollte eine Therapie in Erwägung gezogen werden. „Ursachen für die Entstehung vermuten Fachleute ein Zusammenwirken von genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren.“³¹

„Depressionen und depressive Störungen haben eine besondere Bedeutung, weil sie häufig in Folge oder zusammen mit anderen psychischen Störungen, körperlichen Erkrankungen oder auch chronischem Stress und lebensverändernden Ereignissen auftreten.“³²

Die Zahlen weisen darauf hin, dass es einen Geschlechterunterschied gibt, bei Frauen liegt die Betroffenenrate bei 13,1% und bei Männern bei 6,4% in der Altersgruppe 18 – 64 Jahren.³³

³⁰ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 114, Zugriff v. 03.04.2017

³¹ Ebd., S. 114, Zugriff v. 03.04.2017

³² Ebd., S. 114, Zugriff v. 03.04.2017

³³ Ebd., S. 114, Zugriff v. 03.04.2017

Gesund älter werden

Dieses Ziel baut sukzessiv auf das schon angesprochene Ziel ‚Gesund aufwachsen‘ auf. Es nimmt nur eine andere Menschengruppe in einem anderen Lebensabschnitt in den Fokus. Somit müssen die Inhalte auf die jeweilige Bezugsgruppe angepasst werden, doch rein vom Prinzip her ist hier nichts weiter Neues zu erwähnen.

Alkoholkonsum reduzieren

Alkoholkonsum oder übermäßiger Alkoholkonsum ist auch einer der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen. Ebenso wie Übergewicht, Adipositas, schlechte Ernährung und Rauchen.³⁴

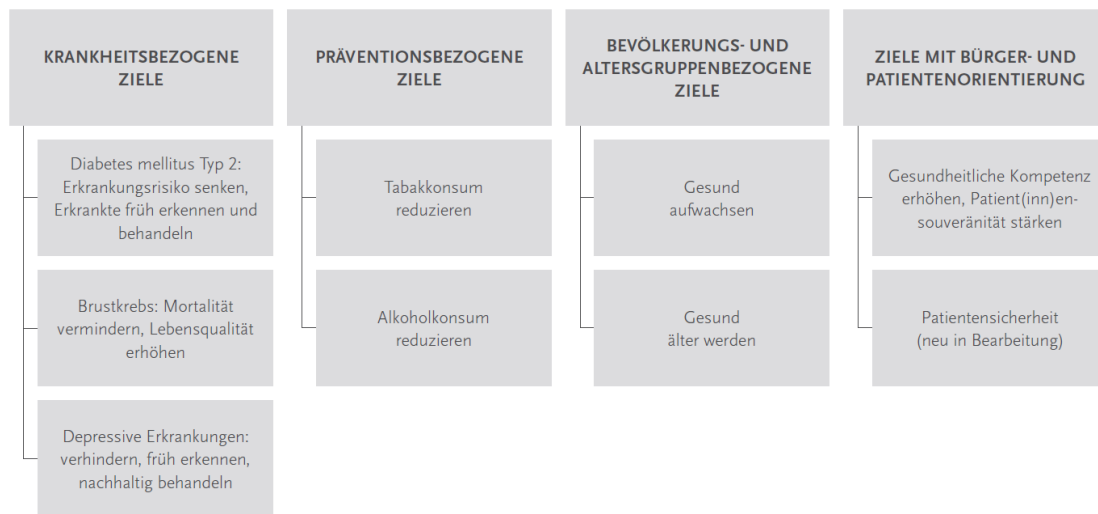
Darüber hinaus beeinflusst der übermäßige Alkoholkonsum auch den Knochenstoffwechsel negativ und sollte daher von Osteoporose Patienten auch mit Vorsicht genossen werden.³⁵

Zusammenfassung

Die Abbildung 3: Gesundheitsziele mit Ergänzung aus dem Gesundheitsbericht soll zum Abschluss die Gesundheitsziele noch einmal grafisch aufzeigen.

³⁴ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 62, Zugriff v. 03.04.2017

³⁵ Vgl. Ebd., S. 72, Zugriff v. 03.04.2017

Abbildung 3: Gesundheitsziele mit Ergänzung³⁶

2.1.2 Lebenswelten

Durch die Einführung des §20a wird ein klares Setting definiert, die „Lebenswelten [...], abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“³⁷

„Die Umsetzung des “Health in all Policies”-Ansatzes trägt auch dazu bei, die Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern: Lebenswelten (Settings) können gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Damit wird ein Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet.“³⁸

³⁶ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 399, Zugriff v. 03.04.2017

³⁷ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id=%27bgbg115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1414899299558, S. 1369f, Zugriff v. 01.04.2017

³⁸ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 488, Zugriff v. 03.04.2017

Die oben genannten Settings sind ohne weitere Beschreibung und Erläuterung klar verständlich. Das einzige hier noch zu ergänzende ist das Setting, dass sich auf „Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b“ bezieht.³⁹

2.1.3 Leistungserbringung

Die Bereiche in denen die Leistungen erbracht werden und zu welchem Zweck ist wie in dem vorangegangenen Kapitel beschrieben und zeigt auf, dass es ein sehr breites Spektrum abdeckt um möglichst viele Menschen zu erreichen. Somit profitiert je nach Bedarf in der Theorie jede Altersgruppe, vom Kind bis hin zum Greis. Ebenso ist keiner sozialen Schicht eine oder mehrere der Leistungen vorbehalten. Dieser Ansatz entspricht dem Grundgedanken der WHO Beschlüssen, auf die in der Einleitung Bezug genommen wurde.

Bei genauerer Betrachtung findet man im gesamten PräVG nur die Erwähnung der gesetzlichen Krankenkassen. Da in Deutschland das Gesundheitssystem auch private Krankenkassen beinhaltet ist die Entscheidung des Gesetzgebers nicht nachvollziehbar aus welchem Grund dieser Teil des Gesundheitswesens nicht mit der Umsetzung dieser Gesundheitsziele in die Pflicht genommen wird.

Für diese Entscheidung die privaten Krankenkassen auf freiwilliger Basis zu belassen und die gesetzlichen Krankenkassen nicht, kann kein Grund genannt werden, der aus einer Regierungserklärung, Stellungnahme oder dergleichen hervorgeht.

³⁹ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id=%27bgbg115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F%25B%40attr_id%3D%27bgb115s1368.pdf%27%5D__1414899299558, S. 1369f, Zugriff v. 01.04.2017

2.2 Bewegungsarmut

Unter dem Begriff der Bewegungsarmut oder auch Bewegungsmangel versteht man das nicht ausreichende Maß an körperlicher Aktivität eines Menschen. Um diese Begrifflichkeit für den Bereich des Gesundheitswesens einzugrenzen ist eine zu Grunde liegende Definition notwendig.

Die gewählte Definition ist sowohl von der WHO als auch vom RKI in deren Gesundheitsberichterstattung – Gesundheit in Deutschland adaptiert worden⁴⁰. Der Originalwortlaut dieser lautet: „Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure. The energy expenditure can be measured in kilocalories. Physical activity in daily life can be categorized into occupational, sports, conditioning, household, or other activities.“⁴¹

Für das Maß und den Umfang der körperlichen Bewegung sind ebenfalls von der WHO Empfehlungen ausgegeben worden.⁴² Diese Empfehlungen beruhen ihrerseits auf den von dem U.S. Department of Health and Human Services 2008 herausgebrachten Richtlinien.⁴³

Somit sollte ein Erwachsener pro Woche mindestens 2,5 Stunden mäßig anstrengender körperlicher Aktivität nachgehen, oder alternativ einer sehr anstrengenden körperlichen Aktivität von mindestens 75 Minuten.⁴⁴

Die Deutschen Erwachsenen, die dieser Empfehlung nicht nachkommen, lassen sich aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und Geschlecht in nachfolgender Tabelle 1: Körperliche Inaktivität in Deutschland gut darstellen.

⁴⁰ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 190, Zugriff v. 03.04.2017

⁴¹ Caspersen/Powell/Christenson, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>, Zugriff v. 20.02.2017

⁴² WHO, Global recommendations on physical activity for health, 2010, S. 16

⁴³ US Department of Health and Human Services, <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>, Zugriff v. 20.02.2017

⁴⁴ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 190, Zugriff v. 03.04.2017

Alter (in Jahren)	Frauen (%)	Männer (%)
18 – 29	62,9	42,3
30 – 44	62,3	51,4
45 – 64	61,2	60,9
65 +	73,4	66,5
Gesamt (18 +):	65,0	56,4
Kumuliert:	60,7	

Tabelle 1: Körperliche Inaktivität in Deutschland⁴⁵

Dies ist eine sehr Hohe und alarmierende Zahl an Erwachsenen die ihr Leben mit einem nicht ausreichenden Maß an körperlicher Aktivität verbringen, vor Allem unter dem Hintergrund, dass die WHO körperliche Aktivität als den viert größten Faktor in Bezug auf die globale Sterblichkeitsrate identifiziert hat.⁴⁶

Laut WHO ist „physical inactivity [is] estimated as being the principal cause for approximately 21-25% of breast and colon cancer burden, 27% of diabetes and approximately 30% of ischaemic heart disease burden.“⁴⁷

2.3 Demografischer Wandel

Der Begriff Demografischer Wandel ist der Ausdruck der sich in der Deutschen Gesellschaft als allgemeinverständliche Begrifflichkeit eingegliedert hat. Der wissenschaftliche Terminus hierzu ist demografische Alterung. Unter demografischer Alterung ist laut der Bundeszentrale für politische Bildung folgendes zu verstehen: „[Der] Anstieg des Durchschnittsalters einer Bevölkerung, gemessen durch den Altenquotienten oder das Medianalter.“⁴⁸

⁴⁵ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 191, Zugriff v. 03.04.2017

⁴⁶ WHO, 2009, S. 11

⁴⁷ WHO, 2010, S. 16

⁴⁸ Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/izpb/55938/glossar-demografische-begriffe>, Zugriff v. 18.03.2017

Der Altenquotient laut Definition ist: „[Die] Zahl der Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren auf 100 Menschen im Alter von 20 bis unter 60. Statt der Altersschwellen 20/60 werden gelegentlich auch andere Schwellen wie 15/65 oder 20/65 verwendet.“⁴⁹

Die aktuellste Prognose wurde anhand der „13. [...] koordinierte[n] Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland [erstellt und] zeigt die Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060.“⁵⁰ Da es sich hier um Vorausberechnungen handelt die „keinen Anspruch [darauf erheben], die Zukunft bis 2060 vorherzusagen.“⁵¹

Aus diesem Grund wird von einer genauen Zahlen Nennung so gut als möglich von Seiten des Autors Abstand genommen. Sei es das in diesem Zusammenhang doch Zahlen auftauchen, dann werden diese entweder durch andere Quellen belegt und gekennzeichnet. Falls es doch im Zuge der Verständlichkeit zu einer solchen Zahlenangabe kommt, dann müssen diese Zahlen nur als grobe Richtwerte gesehen werden, die keinen Anspruch auf absolute Genauigkeit und Gültigkeit erheben.

Ich nachfolgender Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung 1950 - 2030⁵² entnommen aus dem Report des RKI – Gesundheit in Deutschland wird der vorherrschende Grund des demografischen Wandels der Gesellschaft veranschaulicht. Es lässt sich auch retrospektiv die Aussage treffen, dass dieser schon längere Zeit besteht und keine neuentstandene Entwicklung darstellt.

„In Deutschland lebten Ende 2013 rund 81 Millionen Menschen. Davon waren etwa 17 Millionen Personen 65 Jahre oder älter. Damit gehörte ungefähr jeder Fünfte in Deutschland (21%) zur Generation 65+. [...] Im Jahr 2060 wird nach

⁴⁹ Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/izpb/55938/glossar-demografische-begriffe>, Zugriff v. 18.03.2017

⁵⁰ Statistisches Bundesamt, BEVÖLKERUNG DEUTSCHLANDS BIS 2060, S. 5

⁵¹ Ebd., S. 5

⁵² Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 435, Zugriff v. 03.04.2017

Ergebnissen der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bereits jeder Dritte (33%) in Deutschland mindestens 65 Jahre alt sein.“⁵³

Diese Zahlen verdeutlichen wie stark sich die Bevölkerungsstruktur in Zukunft ändern wird und es lassen sich dadurch aber auch Möglichkeiten ableiten, mit denen sich das Gesundheitssystem schon heute vorbereiten kann.

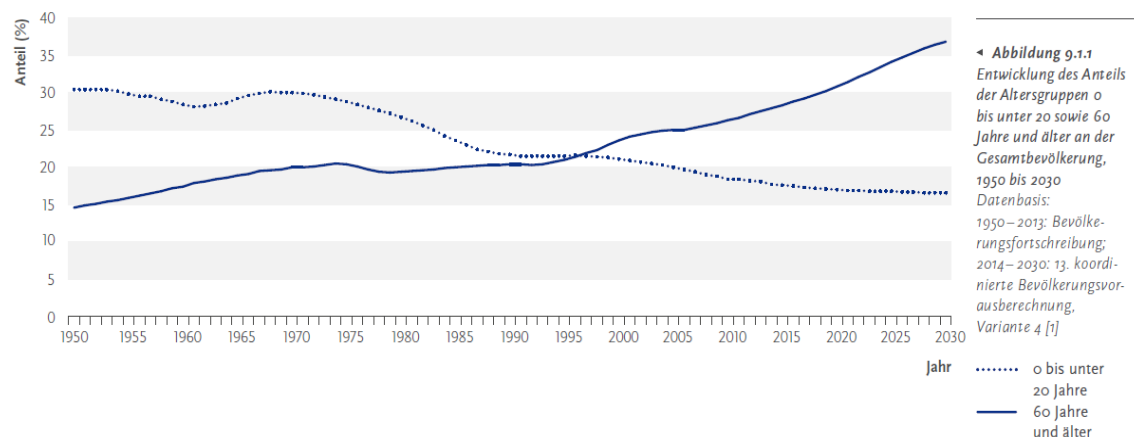


Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung 1950 - 2030⁵⁴

2.4 Therapieformen

Unter dem Begriff Therapieformen kann auch die Art und Weise der Behandlung einer Symptomatik verstanden werden. Hierbei sind mehrere Möglichkeiten der Kategorisierung denkbar und auch zulässig.

Es ist möglich die Therapieform nach der Institution in der sie erbracht wird zu klassifizieren. Dies würde die Einteilung in stationäre Behandlung, z.B.: in einem

⁵³ Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile, S. 5, Zugriff v. 03.04.2017

⁵⁴ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 435, Zugriff v. 03.04.2017

Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung in der der Patient für die gesamte Dauer seiner Behandlung untergebracht ist bedeuten. Im Gegensatz dazu steht die ambulante Behandlung, in der der Patient nur für die eigentlich vorgenommene Therapieanwendung anwesend ist, Beispiele hierfür wären: Arztpraxen, Physiotherapiepraxen, o.Ä..

Eine weitere Einteilungsmöglichkeit ist die nach Fachgebietsrichtung und Spezialisierung des Arztes. Diese ist für den Patienten in seinem Alltag und auch in unserem Sprachgebrauch die geläufigste. Zu dieser Unterscheidung zählen Kategorien wie z.B.: Allgemeinmediziner (meist der Hausarzt), Sportärzte, Frauenärzte, Kinderärzte, o.Ä..

Für die zu Grunde liegende Fragestellung die den Begriff der konservativen Therapieform aufwirft ist nur eine Art der Klassifizierung und Abgrenzung der Therapieformen denkbar und auch sinnvoll. In dieser Unterscheidung ist die Örtlichkeit der Leistungserbringung nicht von vorrangiger Bedeutung, ebenso ist der Personenbezug nicht von primärer Bedeutung. Sie lässt aber eine indirekte Deutung auf die Personengruppe zu die sowohl vom Gesundheitswesen, als auch vom Autor dafür ins Auge gefasst ist.

In dieser Unterscheidung wird die konservative Therapieform, als Gegenteil zur chirurgischen Therapieform gesehen.

2.4.1 Chirurgische Therapieformen

Auf die chirurgischen Therapieformen ist unter Bezug auf die im PräVG und im Kapitel 2.1.1 genauer genannten Gesundheitsziele einzugehen. Es ist nicht denkbar, vor allem im Bereich des Brustkrebses und dem damit verbundenen Ziel die Lebensqualität zu fördern, dass dies ohne chirurgische Therapieformen möglich ist. Dies betrifft die generelle Krebs symptomatik, denn ohne eine qualitativ hochwertige chirurgische Versorgung ist das Ziel die Lebensqualität der Menschen nicht gewährleistet.

Ebenso ist davon auszugehen, dass im Zuge der demografischen Alterung der im Kapitel 2.3 angesprochen wurde, dass sich die Zahl der älteren Menschen prozentual erhöhen wird. Damit ist auch verbunden, dass es eine Zunahme an

nicht übertragbaren Krankheiten gibt, und hierzu zählen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch die Stoffwechselerkrankungen wie der Diabetes mellitus.⁵⁵

2.4.2 Konservative Therapieformen

Die konservativen Therapieformen können nicht nur von allen für das Gesundheitswesen vom Staat zugelassenen Personen erbracht werden, sondern von einer Vielzahl von Menschen.

Durch die im PräVG durch den Gesetzgeber definierten Bereiche der Lebenswelten, die im Kapitel 2.1.2 näher benannt wurden, kommen dafür eine Vielzahl von Personengruppen in Frage. Bei diesen Personengruppen handelt es sich im Beispiel der Kindertagesstätten meist um Erzieher und Erzieherinnen. Im Bereich der Schule und Studium vor allem um die Lehrkräfte, Dozenten und auch Professoren. In der Lebenswelt Sport und Verein um Trainer und Trainerinnen, die sich auch aus Privatpersonen zusammenstellen können die keine spezielle Ausbildung oder einen Beruf im Gesundheitswesen bekleiden.

Durch diese Einteilung wird klar und auch verdeutlicht was die WHO in der „Alma-Ata Declaration“⁵⁶ mit der Formulierung: „Die Menschen haben das Recht und die Verpflichtung, sich individuell und kollektiv an der Planung und Umsetzung Ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen“ bezwecken will.⁵⁷

2.5 Lebensqualität

Die hier angesprochene Lebensqualität bezieht sich in einem Gesundheitssetting auch auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dies wird mit dem Indikator

⁵⁵ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 439, Zugriff v. 03.04.2017

⁵⁶ WHO, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>, Zugriff v. 01.03.2017

⁵⁷ Ebd., Zugriff v. 01.03.2017

für die gesunden Lebensjahre einer Person, Lebenserwartung bei Gesundheit. „Er beschreibt die Lebenserwartung in einem Gesundheitszustand, der subjektiv besser als »schlecht« oder »sehr schlecht« eingeschätzt wird.“⁵⁸

In der Gesundheitsberichtserstattung wird sich ebenfalls auf diese Werte bezogen und sie werden im Vergleich zu den EU-Durchschnittswerten gesetzt um eine Vergleichsbasis zu haben. In der anschließenden Tabelle werden die Daten aus der Gesundheitsberichtserstattung dargestellt.

	Männer (in Jahren)	Frauen (in Jahren)
Deutschland:	73	76,8
EU:	71,7	75
Differenz:	+1,3	+1,8

Tabelle 2: Lebenserwartung in Gesundheit⁵⁹

⁵⁸ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 462, Zugriff v. 03.04.2017

⁵⁹ Vgl. Ebd., S. 462

2.6 Korrelation von Risikofaktoren

Hier wird exemplarisch an einem Beispiel der WHO aufgezeigt wie verzweigt und Komplex die Ursachen und Wirkungskette für Krankheitsentstehung ist. Dieses Beispiel in nachfolgender Abbildung 5: exemplarische Ursachen-/ Wirkungskette von Krankheitsentstehung bezieht sich auf die Ursachen und Wirkungskette bei der Entstehung von einer ischämischen Herzerkrankung.

Dieses Beispiel wurde aus nachfolgenden Gründen und Überlegungen heraus ausgewählt:

- Der Verfasser ist der selbige auf den die zu Grunde liegenden Beschlüsse zurückgehen, die die Änderungen im Gesundheitswesen angestoßen haben
- Es beinhaltet nahezu alle Gesundheitsziele und Lebenswelten
- Bei der ischämischen Herzerkrankung handelt es sich um eine nicht übertragbare Krankheit und erfüllt damit einen exemplarischen Charakter
- Die Ursachen und Wirkungskette ist exemplarisch und übertragbar auf andere Krankheiten (nicht aufgeführte Gesundheitsziele)
- Eine Darstellung einer Ursachen-/ Wirkungskette für jede Erkrankung, jedes Gesundheitsziel würde zu einer zu großen Redundanz führen

Nach der Abbildung 5: exemplarische Ursachen-/ Wirkungskette von Krankheitsentstehung auf der nachfolgenden Seite werden die dargestellten Begriffe in Bezug zu den Gesundheitszielen und den Lebenswelten gesetzt, falls dies zur besseren Verständnis notwendig ist.

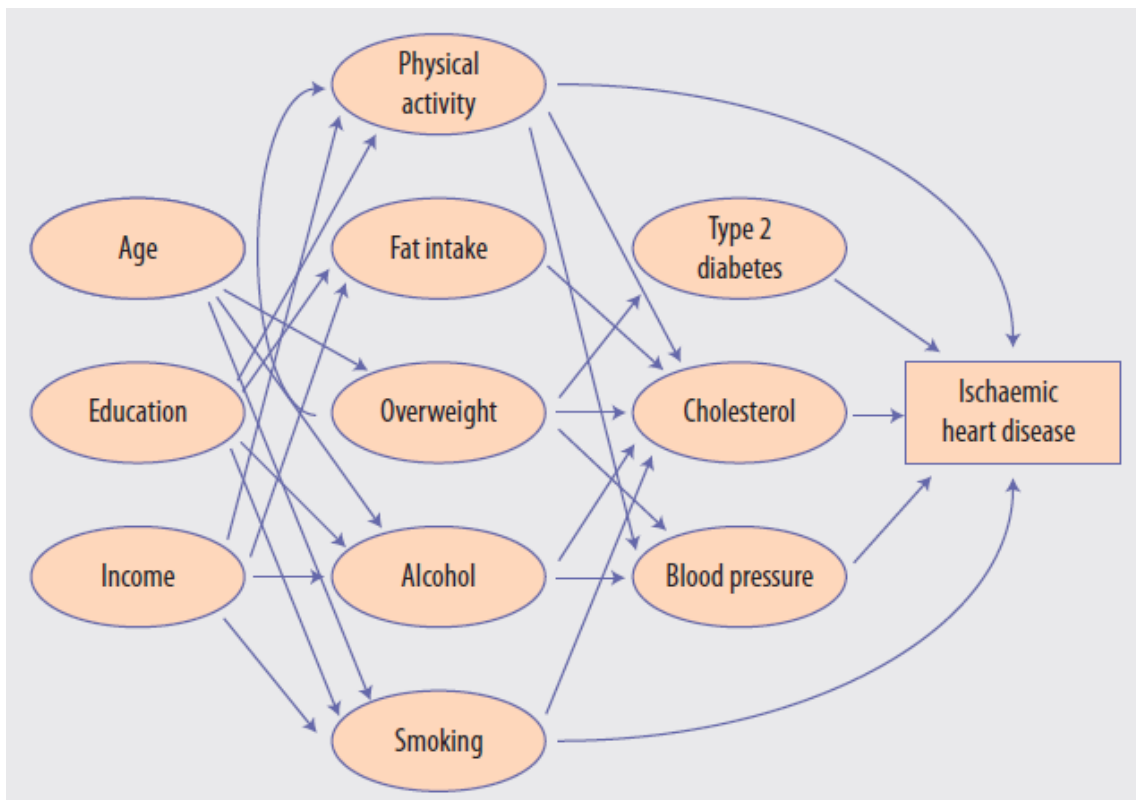


Abbildung 5: exemplarische Ursachen-/ Wirkungskette von Krankheitsentstehung⁶⁰

Age

Der Bezug auf das Alter findet sich in den Gesundheitszielen:

„gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung [und] gesund älter werden.“⁶¹

wieder, wenn man hier keine isolierte Momentaufnahme betrachtet.

⁶⁰ WHO, Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009, S. 2

⁶¹ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/%255B@attr_id=%27bgbg115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F%255B%40attr_id%3D%27bgb115s1368.pdf%27%5D__1414899299558, Zugriff v. 01.04.2017

Education

Bei genauer Betrachtung dieses Punktes ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber die Bildung nicht direkt in dem Gesetz verankert hat. Es wird nur indirekt darauf Bezug genommen. Dieser indirekte Bezug kann über die Verknüpfung mit den Lebenswelten, wie z.B.: Kindergärten, Schulen, Lernen und Studieren hergestellt werden. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass in diesen Bereichen nur in äußerst seltenen Fällen Personen mit einer gesundheitsorientierten Ausbildung oder Studium arbeiten.

Somit wird klar, dass zu einer nachhaltigen Erfüllung für das Gesundheitswesen, wie im Gesetz beschrieben, in diesem Bereich auf eine sehr starke Vernetzung und interdisziplinären Arbeit Wert gelegt werden muss.

Income

Auch dieser Punkt ist im PräVG nicht explizit erwähnt. Dennoch wird aus dem nachfolgenden Kapitel, welches sich mit den IgeL beschäftigt klar, dass es diese Vorsorgeleistungen gegebenenfalls nur durch eine Zuzahlung der Person bedarf die diese Leistung auch in Anspruch nimmt.

Physical activity

Dieser Punkt kann mit dem in Kapitel 2.2 Bewegungsarmut gleichgesetzt werden. In diesem Kapitel wird ausführlich darauf eingegangen und auch die Bedeutung als Risikofaktor bestimmt und ist somit hier nicht näher auszuführen.

Fat intake

Dieser Punkt findet sich ebenfalls nicht explizit im Gesetzestext wieder, denn es wird nur allgemein auf die Ernährung verwiesen, und zwar in dem Gesundheitsziel „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung[,] [und] Ernährung“⁶²

Overweight

Des Weiteren kein Punkt der explizit im Gesetzestext genannt wird, obwohl unter anderem in Kapitel 2.1 bei der Ausführung zu dem Punkt Gesund aufwachsen Bezug auf das Übergewicht und dessen Zunahme in der Bevölkerung, vor allem bei Kindern, genommen wird.

Alcohol

Der übermäßige Alkoholkonsum wurde ebenfalls als Risikofaktor schon beschrieben, welcher eine Vielzahl von Auswirkungen auf den menschlichen Organismus hat. Er kann aber auch direkt dem dementsprechenden Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“⁶³ zugeordnet werden.

Smoking

Ein weiterer Risikofaktor der auch direkt dem Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“⁶⁴ zuzuordnen ist. Aus der Abbildung 2: Rauchverhalten 2000 - 2012

⁶² Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id=%27bgbg115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F%25B%40attr_id%3D%27bgb115s1368.pdf%27%5D__1414899299558, Zugriff v. 01.04.2017

⁶³ Ebd., Zugriff v. 01.04.2017

⁶⁴ Ebd., Zugriff v. 01.04.2017

erkennt man, dass dieser zurückgeht, aber aus der Abbildung 1: Sterblichkeitsrate Krebsarten ist ebenfalls zu erkennen, dass der Lungenkrebs bei Frauen gestiegen ist. Rauchen ist hierfür der größte Risikofaktor.

Type 2 diabetes

Ist ebenfalls direkt dem gleichnamigen Gesundheitsziel zuzuordnen und ist in Kapitel 2.1.1 unter dem dort allgemein formulierten Gesundheitsziel sowohl erklärt worden was darunter zu verstehen ist und welche Korrelation zu anderen Risikofaktoren besteht.

Cholesterol

Auf das Cholesterin ist nicht näher eingegangen worden, aber dieser Punkt kann einerseits auf den Bewegungsmangel und dass daraus resultierende Übergewicht zurückgeführt werden. Andererseits kann man ihn unter dem Gesundheitsziel „gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung[,] [und] Ernährung“⁶⁵ bei dem Unterpunkt Ernährung wieder. Damit ist es einem Gesundheitsziel wieder direkt zuordenbar, auch wenn er nicht explizit genannt wird.

Blood pressure

Blutdruck oder Bluthochdruck ist ebenfalls nicht näher betitelt worden, aber wird als direkte Folge von Bewegungsmangel und auch Übergewicht gesehen. Somit indirekt einem oder sogar mehreren Gesundheitszielen zuzuschreiben.

⁶⁵ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B@attr_id=%27bgbg115s1368.pdf%27%255D#__bgbl__%2F%2F%25B%40attr_id%3D%27bgb115s1368.pdf%27%5D__1414899299558, Zugriff v. 01.04.2017

Ischaemic heart disease

Dieses Krankheitsbild taucht ebenso nicht in dem PräVg auf. Es fällt unter der Klassifizierung von der Herz-Kreis-Lauf Symptomatik. Auch wenn es nicht explizit in der Formulierung des Gesetzgebers auftaucht, kann es dennoch wie auch schon einige Punkte vorher einem oder gar mehreren Gesundheitszielen zugeordnet werden. Es hat definitive einen direkten Bezug auf das Gesundheitsziel zur Reduzierung des Tabakkonsums, wobei dies in diesem Fall von der WHO als separat schon angesprochen wird. Ebenso wäre eine Zuordnung zu den depressiven Erkrankungen möglich, denn auch hier wurde erwähnt, dass die depressiven Störungen meistens als Begleiterscheinung zu einer oder mehreren Nebendiagnosen führen können oder dadurch bedingt sind.

Zusammenfassung

Durch diese näheren Ausführungen und das Aufzeigen der Austauschmöglichkeiten in der Ursachen-/ Wirkungskette wird ersichtlich wie die einzelnen Punkte miteinander in Verbindung gebracht werden können oder gegeneinander austauschbar sind.

Dieses Beispiel dient des Weiteren dazu aufzuzeigen, dass obwohl die WHO die führende und treibende Kraft, und das seit Jahrzehnten in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung ist, wie sehr doch die deutsche Gesetzgebung davon entfernt ist.

3 Individuelle Gesundheitsleistungen

Unter individuellen Gesundheitsleistungen versteht man, „medizinische Leistungen, die [ein Patient] in der Arztpraxis selbst bezahlen [muss]“⁶⁶ Auf dieser Internetseite werden die einzelnen Leistungen vorgestellt und auch bewertet.

„Hinter diesem Angebot steht der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Der MDS wird vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. [...] [D]er IGeL-Monitor [ist] das umfassendste und auch hinsichtlich der Bewertungskriterien [das] [B]este Informationsangebot [...].“⁶⁷

3.1 Vorstellung der Leistungen

Es gibt keine genaue Anzahl von IgeL-leistungen denn der gesamte IgeL-Markt ist nicht konstant, darüber hinaus sind dem Anbieter, dem Arzt, keine Grenzen gesetzt was er als Leistung anbietet. Dies bezieht sich hauptsächlich auf den Bereich der Alternativmedizin.⁶⁸

Dazu kommt auch noch ein weiterer Grund, und zwar werden können fortlaufend medizinische Untersuchungen und Behandlungsmethoden in den Leistungsbe-
reich aufgenommen oder auch aus diesem Leistungskatalog gestrichen werden. Für diese Entscheidungen ist der Gemeinsame Bundesausschuss des Gesundheitswesens verantwortlich.⁶⁹

Ebenso werden diese IGeL nicht von allen Ärzte angeboten, denn es ist keine gesetzliche Vorschrift für diese Leistungen vorhanden. Dennoch ist es in der Praxis häufig der Fall, dass eine Arztpraxis ohne diese Selbstzahlerleistungen nicht

⁶⁶ IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/>, Zugriff v.05.04.2017

⁶⁷ Ebd., Zugriff v.05.04.2017

⁶⁸ Vgl. Ebd., Zugriff v.05.04.2017

⁶⁹ Vgl. Ebd., Zugriff v.05.04.2017

auskommen. Denn unter diesen Bereich fallen auch Reiseimpfungen oder Atteste.⁷⁰

Zu diesem Leistungsspektrum gehören nicht nur Leistungen wie die oben angesprochenen Impfungen und Atteste, sondern auch zahlreiche Leistungen die ebenfalls dem Präventionsgedanken zuzuordnen sind. Diese Vorsorgeuntersuchungen sollen dem Patienten dazu dienen wie der Name schon sagt zur Früherkennung von möglichen Krankheiten.

Da diese IGeL selten ohne die Verwendung von medizinischen Geräten auskommen, sind „die Hersteller solcher Produkte [...] neben den Ärzten eine entscheidende Kraft im IgeL-Markt, auch wenn der Patient mit ihnen kaum direkt in Berührung kommt.“⁷¹

Ein Hersteller will seine Produkte vertreiben um damit Geld zu verdienen, sie sind zwar angehalten sowohl die Hygieneregeln als auch dem Medizinproduktegesetz verpflichtet. Dennoch haben sie sich nicht ausschließlich dem gesundheitlichen Wohl der Patienten verpflichtet wie es bei Ärzten der Fall ist.⁷²

Aus diesem Umstand heraus, besteht die Möglichkeit, dass sich nicht primär gesundheitsdienliche Partnerschaften entwickeln können, denn „Hersteller arbeiten meist end mit Ärzten zusammen, um ihre Produkte zu entwickeln und zu testen.“⁷³ Es kann dabei nicht ausgeschlossen werden, dass auch ohne Wissen des Arztes „einzelne positive Ergebnisse [herausgegriffen werden] und selbst schwache Studien als aussagekräftig [dargestellt werden].“⁷⁴

⁷⁰ Vgl. IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/>, Zugriff v.05.04.2017

⁷¹ IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/ueber-igel/akteure/hersteller.html>, Zugriff v.05.04.2017

⁷² Vgl. Ebd., Zugriff v.05.04.2017

⁷³ Ebd., Zugriff v.05.04.2017

⁷⁴ Ebd., Zugriff v.05.04.2017

3.2 Bewertung

Diese IGeL-Leistungen entstanden schon vor der Einführung des PräVG, aber dennoch sind sie die Jüngsten die der 5 Jahres Bewertungs- und Evaluierungsfrist vom Gesetzgeber nach, im PräVG verankert entsprechen.⁷⁵ Mitunter aus diesem Grund wurden sie in diese Arbeit mit aufgenommen. Denn ansonsten wäre es nicht möglich der Gesetzgebung entsprechend eine fundierte und wissenschaftlich haltbare Bewertung vorzunehmen, denn dies wäre erst im Jahr 2020 zum ersten Mal möglich.

Die Bewertung geht auf die Ausarbeitungen des MDS und auf nach wissenschaftlichen Grundsätzen basierenden Bewertungsvorschriften zurück. Diese lassen jedoch kein gutes Fazit dieser Gesundheitsleistungen zu. Es scheint als haben sich die im vorherigen Kapitel beschriebenen Befürchtungen bestätigt.

Anhand der Internetseite des IgeL-Monitors lässt sich unter dem Reiter sehr Bewertung sehr einfach und schnell überblicken wie diese Leistungen abschneiden. Dort werden sechs mögliche Bewertungen zur Auswahl gestellt, welche von positiv, tendenziell positiv, über unklar, tendenziell negativ, negativ und ohne Bewertung beinhalten.⁷⁶

Unter der Auswahl positiv findet sich keine einzige dieser IGeL.⁷⁷

Unter tendenziell positiv finden sich drei Leistungen.⁷⁸

Unter neutral lassen sich 15 Leistungen finden.⁷⁹

Unter tendenziell negativ finden sich 17 Leistungen finden.⁸⁰

⁷⁵ Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5b@attr_id=%27%27%5d#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1490109882834, Zugriff v. 01.04.2017

⁷⁶ Vgl. IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/igel-a-z.html>, Zugriff v. 05.04.2017

⁷⁷ Vgl. Ebd., Zugriff v. 05.04.2017

⁷⁸ Vgl. Ebd., Zugriff v. 05.04.2017

⁷⁹ Vgl. Ebd., Zugriff v. 05.04.2017

⁸⁰ Vgl. Ebd., Zugriff v. 05.04.2017

Unter negativ lassen sich vier Leistungen finden.⁸¹

Und in der Kategorie ohne Bewertung sind sechs Leistungen zu finden.⁸²

Die Kategorie ohne Bewertung außen vorgelassen, heißt dies zusammengefasst und mit Hinblick auf Gesundheitsförderung, dass insgesamt 39 Leistungen bewertet wurden und davon nur drei über ein ausreichend belegbares positives Resultat verfügen. Dies zu verdeutlichen wird die Zahl in Prozent umgerechnet und dies bedeutet, dass gerade einmal circa 7,7% der untersuchten IGeL nach 5 Jahren einen positiven Nutzen für den Menschen aufweisen.

Es soll aber hier erwähnt werden, dass diese Zahl zwar erschreckend niedrig erscheinen mag, dennoch ist es einer der ersten bewertbaren Zahlen, und somit ist es möglich aus diesen Zahlen eine positivere Entwicklung für die Zukunft zu planen.

⁸¹ Vgl. IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/igel-a-z.html>, Zugriff v. 05.04.2017

⁸² Vgl. Ebd., Zugriff v. 05.04.2017

4 Beispiele aus eigener Erfahrungen

In diesem Kapitel werden eigene Erfahrungen dargestellt, diese Beispiele sind alle aus der Zeit der Ausbildung des Verfassers zum Physiotherapeuten. Wie schon im Vorwort erwähnt hat der Verfasser einen Großteil seines praktischen Ausbildungsteils der mehr als 1600 Stunden umfasst, was bei einer 38 Stundenwoche mehr als 42 Wochen beinhaltet, im Ausland verbracht.

Aus diesem Grund ist es dem Verfasser möglich einen Vergleich zwischen verschiedenen Kliniken in verschiedenen Ländern zu ziehen. Denn wie auch in der Einleitung schon erwähnt gibt es dem Verfasser nach keine bessere Möglichkeit als durch den Vergleich es zu ermöglichen einen neuen oder anderen Blickwinkel auf bestehende Sachverhalte zu lenken.

An dieser Stelle ist aber darauf hinzuweisen, dass für Praktikanten eine Schweigepflicht gilt, betreffend die Daten von Patienten und auch Angestellten gegenüber. Somit wird für die nachfolgenden Vergleiche und Beispiele auf die Nennung von Patienten, deren Diagnosen, als auch auf die namentliche Nennung von Mitarbeitern verzichtet. Es wird nur die Einrichtung genannt und auf Informationen verwiesen, die auch zu erlangen sind, wenn man dort als Besucher oder Patient ist.

4.1 Vernetzung und Zusammenarbeit

In einer Klinik arbeiten immer mehrere Berufsgruppen zusammen um den Therapieerfolg der Patienten zu gewährleisten und sicherzustellen. Ebenso wird diese Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen in einer Klinik meistens auf deren Homepage dargestellt, wie im Fall der Leukerbad Clinic⁸³, in der Schweiz, durch den Verweis auf ein interdisziplinäres Team.

⁸³ Vgl. Leukerbad Clinic, <http://www.leukerbadclinic.ch/de/clinique/equipe-interdisciplinaire>, Zugriff v. 04.04.2017

Auch auf den Homepages deutscher Kliniken werden solch ähnliche Formulierungen verwendet. Ein Beispiel hierfür, von der Klaus Störtebeker Klinik, aus Deutschland ist: „Als Spezialisten im jeweiligen Fachgebiet stehen sie im ständigen Austausch untereinander, um Ihnen einen optimalen Versorgungsverlauf zu ermöglichen.“⁸⁴ Ebenfalls wird wie im Fall der Leukerbad Clinic auf ein interdisziplinäres Team verwiesen.

Für den Leser sind diese beiden Aussagen gleichwertig, oder erscheinen zumindest ohne weitere Information als identisch. Ebenso ist für den Leser, gegebenenfalls ein zukünftiger Patient nicht nachzuprüfen, oder einzusehen wie dieses interdisziplinäre Team in der Praxis zusammenarbeitet um das bestmögliche Resultat für seinen Aufenthalt zu gewährleisten. Die Form dieser Zusammenarbeit kann der Patient erst dann überprüfen und beurteilen, wenn er vor Ort ist.

Für einen Praktikanten gilt in beiden Kliniken der bis auf einzelne Ausnahmen die vollumfängliche Mitarbeit in dem für in entsprechenden Teil des Teams. Der Verfasser war mehrere Wochen in beiden Einrichtungen als Praktikant verbracht und hat erlebt wie sich diese nach außen hin gleichlautende Formulierung in der Praxis doch stark unterscheidet.

In der Schweizer Klinik war für diesen Austausch der verschiedensten Abteilungen täglich zu Beginn der Arbeitszeit ein Fenster von min. 30 Minuten angesetzt in denen sich alle Abteilungen inklusive der Therapieplanung trafen und jeden einzelnen Patienten besprochen haben. Die neuen Patienten wurden von ärztlicher Seite, die die Eingangsuntersuchung machten vorgestellt. Ebenfalls wurde über den Verlauf der Behandlungsfortschritte gesprochen und sich ausgetauscht. Am Schluss des Aufenthaltes wurde ebenfalls noch einmal von ärztlicher Seite ein Resümee gezogen über die erreichten Ziele. Somit kann man sagen, dass jeder einzelne Patient, dessen Therapieverlauf und dessen erzielte Fortschritte während des Aufenthalts bekannt waren. Darüber hinaus bestand jederzeit, für

⁸⁴ Fachklinik Klaus Störtebeker, <https://www.ostseestrandklinik.de/vorsorge/Unser-Team.aspx>, Zugriff v. 04.04.2017

jeden Mitarbeiter die Möglichkeit mit einer anderen Abteilung auch gegebenenfalls kurzfristig abzusprechen. Es war immer möglich positive Kritik anzubringen, egal wem gegenüber.

Auf deutscher Seite wurde genau einmal alle zwei Wochen eine Zusammenkunft abgehalten, welche den Umfang von ca. einer Stunde hatte. Diese Zusammenkunft beinhaltete nicht immer alle an der Therapie beteiligten. Der meiste Austausch bestand innerhalb des jeweiligen Teams und wurde noch dazu hauptsächlich vor Beginn der offiziellen Arbeitszeit, danach, oder in den Mittagspausen abgehalten. Hierbei handelt es sich um ein positives Beispiel, dass auf deutscher Seite erlebt wurde.

Es ist immer gewagt die Arbeitsbedingungen von verschiedenen Ländern zu vergleichen, da es definitiv Unterschiede gibt. Dennoch soll dieses Beispiel als Anstoß genommen werden, um über bestehende Strukturen nachzudenken und wenn möglich zu Neuerungen in diesem Bereich anstoßen.

4.2 Kompetenzen

Ein weiteres Beispiel aus der Praktikumszeit in der oben schon angesprochenen Leukerbad Clinic bezieht sich auf den Bereich der Kompetenz der Akteure im Gesundheitswesen.

Der Verfasser machte die für ihn bis dahin unbekannte Entdeckung und Erfahrung, dass das Symptom eines akinesischen Gangverhaltens, welches den Patienten normalerweise auf einer Geraden ohne positiver oder negativer Steigung Zwang spätestens nach 10 Schritten stehen zu bleiben, beim Treppensteigen nicht vorhanden war. Selbst bei Treppen die wesentlich länger als 10 Stufen waren, was auch 10 Schritten entspricht konnte diese Symptomatik weder beim Hin- aufsteigen noch beim Heruntersteigen reproduziert werden.

Verblüfft und unfähig dieses Verhalten des Patienten, für sich zu erklären, sprach er bei der nächsten Besprechung dies an. Einem der dortigen Physiotherapeuten und auch einem Ergotherapeuten war dieses Verhalten aber bekannt. Im Laufe des Tages kam der leitende Ergotherapeut auf den Verfasser zu und informierte ihn, dass er von einem Hilfsmittel, dass nur in den USA hergestellt wird wüsste

und er dieses Hilfsmittel für den Patienten bestellen wird. Denn damit kann seiner Meinung nach auch dem anormale Gangverhalten des Patienten auf der Geraden entgegengewirkt werden.

Eine Anschaffung eines Hilfsmittels war für den Verfasser zugleich mit Kosten für seinen Patienten verbunden. Auf die Nachfrage hin, auf welche Höhe sich der Patient für ein solches Hilfsmittel einstellen sollte, wurde dem Verfasser von dem leitenden Ergotherapeuten geantwortet, dass sich der Patient auf keine Ausgaben einzustellen hat. Denn er würde ein Schreiben verfassen, dass die Notwendigkeit für den Patienten darlegt und damit würde die Krankenkasse für dieses Hilfsmittel in voller Höhe aufkommen.

Eine vergleichbare Situation ist in Deutschland nicht denkbar, da solange das dementsprechende Hilfsmittel nicht in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen ist, wäre es selbst für einen Arzt undenkbar nach seinem Ermessen ein Hilfsmittel anzufordern, welches die GKV in voller Höhe tragen würde, unabhängig vom Nutzen für den Patienten.

Als das Hilfsmittel nach ein paar Tagen in der Klinik sowohl zur Therapie als auch zum Privatgebrauch des Patienten angekommen war, bestätigte sich die Aussage des leitenden Ergotherapeuten. Der Patient war nahezu komplett von diesem akinesischen Gangverhalten auf der Geraden befreit.

Das Hilfsmittel wurde dem Patienten sofort nach der ersten Therapieeinheit übergeben und der Verfasser wird niemals die Reaktion dieses Patienten vergessen und auch nicht seine scherzhafte Bemerkung am nächsten Tag, bei der nachfolgenden Therapieeinheit, welche sinngemäß lautete:

„Wegen diesem dummen Stock darf ich jetzt meinen ganzen Tagesablauf ändern, weil ich jetzt überall wo ich hingehe 5 Minuten zu früh bin.“⁸⁵

⁸⁵ Leukerbad Clinic, sinngemäße Wiedergabe eines Patientenzitats, 2015

4.3 Synergieeffekte

Ein weiteres Beispiel aus der Praktikumszeit in Seinäjoki, Finnland, beschreibt einen zufällig aufgetretenen Synergieeffekt, der ursprünglich nicht beabsichtigt war. Der sich aber im Laufe der Zeit als äußerst zweckdienlich entpuppt hat.

Die Stadt brauchte einen neuen und größeren Kindergarten. Aus diesem Grund wurde ein Neubau beschlossen. Bei der Wahl der Örtlichkeit hatte man den nachfolgenden Synergieeffekt aber nicht bedacht.

Der Kindergarten wurde neben das schon bestehende Altenheim am Stadtrand gebaut. Dort war der Verfasser ebenfalls als Praktikant tätig. Es stellte sich eine interessante Entwicklung heraus und wurde nicht nur durch die Leiterin, die dort schon lange Jahre arbeitet, sondern auch durch die Heimbewohner und Bewohnerinnen bestätigt.

Die Kinder des Kindergartens bastelten immer wieder eine Kleinigkeit für die Altenheimbewohner, sie unternahmen Spaziergänge miteinander und in manchen Fällen ging es sogar so weit, dass sich eine Art Patenschaft zwischen Jung und Alt herauskristallisierte. Dies hatte zur Folge, dass die Heimbewohner mehr Zeit mit Bewegung und Aktivität im Freien verbrachten und dadurch genau diese Lebensqualität die auch bei uns im PräVG angesprochen wird erlangten.

Ebenso wurden im Bereich der Bildung Fortschritte erzielt, denn es gab regelmäßige Lesestunden und Spielmöglichkeiten zwischen den Kindern und den Heimbewohnern.

Dies verblüffte mich sehr und öffnete dem Verfasser die Augen, dass manchmal nicht planbar ist was sich für Synergieeffekte aus so einem Zufall entwickeln konnten.

Dieses Beispiel besitzt und veranschlagt keine Allgemeingültigkeit. Aber es zeigt wieviel Potential genau in diesem Bereich für die Prävention möglich sein kann. Speziell in Hinblick auf den demografischen Wandel der Gesellschaft, könnte dies eine Möglichkeit für eine neue Art eines Generationenvertrags dienen.

5 Diskussion

In den vorangegangenen Kapiteln sind schon Zusammenfassungen vorhanden, welche aber in diesem Kapitel nochmals aufgegriffen, ergänzt und bewertet werden. Alle Bewertungen finden auf der Grundlage statt, dass es sich bei Gesundheit wie eingangs schon erwähnt um ein Menschenrecht handelt. Anhand der gefundenen und vorgestellten Daten wird aufgezeigt wie der deutsche Gesetzgeber dies umsetzt, und die angeführten Beispiele werden bewertet um die Forschungsfrage auf die diese Arbeit basiert wird beantwortet.

Gesetzliche Grundlage

Nach der genaueren Analyse der einzelnen Gesundheitsziele und deren Formulierung die in Kapitel 2.1.1. behandelt wurden kommt man, unabhängig von den Intensionen des Gesetzgebers, zu dem Schluss, dass einige Formulierungen nicht aus medizinischer Sicht begründet werden können. Dies ist vor allem bei dem Ziel, dass sich mit der Thematik von Brustkrebs befasst.

Denn einerseits ist dieses Gesundheitsziel geschlechtsspezifisch formuliert, und diese Formulierung widerspricht einem Menschenrecht, welches unabhängig von dem Geschlecht sein muss. Des Weiteren wird durch die exklusive Nennung dieses Gesundheitsziels sowohl der Verknüpfung mit dem Ziel Tabakkonsum reduzieren keine Sorge getragen, als auch wie aus der Abbildung 1: Sterblichkeitsrate Krebsarten⁸⁶ ersichtlich sich nur auf eine Randgruppe der Krebserkrankungen konzentriert. Dies ist unter dem Aspekt von präventivem Verhalten nicht tragbar, denn zur Umsetzung dieses Zieles muss eine Erkrankung schon vorliegen und es wird aus der Formulierung nicht ersichtlich was zur Vermeidung dieser Krankheit getan werden kann.

Aus diesen Gründen sollte der Gesetzgeber dieses Ziel umformulieren um diesen Aspekten nachzukommen. Denn eine allgemeine Formulierung beinhaltet den

⁸⁶ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 56, Zugriff v. 03.04.2017

Brustkrebs gleichermaßen, und durch eine Ergänzung mit dem Verweis auf Verhaltensweisen zur Reduzierung der Krebs symptomatik unterstützt den Präventionsgedanken.

Bei den Zielen die sich auf Alkohol und Tabakkonsum beziehen, kann der Gesetzgeber direkt und ohne Verwendung des PräVG tätig werden. Dies unterscheidet diese beiden Ziele von den anderen wo es dem Gesetzgeber nur schwer möglich ist direkten Einfluss zu nehmen. Dieser direkte Einfluss bezieht sich unter anderem auf die Erhebung von Steuern und den Vorschriften zur Bewerbung der Produkte. Auf die direkten Einflüsse dieser beiden Produkte und ihre negative Wirkung auf die Gesundheit wurde im Text schon verwiesen. Wenn man nun wiederum das Menschenrecht der Gesundheit ins Spiel bringt, zu dessen Einhaltung auch der Staat, in seiner Funktion als Gesetzgeber, verantwortlich ist scheint es unverständlich warum von dieser Seite aus nicht direkt darauf Einfluss genommen wird, sondern der Umweg über das Gesundheitswesen ausgebaut wird.

Es wird hier nicht zu einem absoluten Verbot von Tabak und Alkohol geraten, denn im Beispiel des Alkohols gibt es in Deutschland und vor allem in Bayern eine Jahrhunderte lange Tradition die bis in das Jahr 1516 zurückzuführen ist.

Dennoch wäre ein absolutes Werbe oder Ausstellungsverbot denkbar und der Gesundheit der Bevölkerung dienlich. Hierfür kann Finnland als Beispiel genannt werden, denn dort ist es Verboten Tabak zu bewerben und es geht sogar so weit, dass in keinem normalen Geschäft Tabakwaren für den Kunden sichtbar ausgestellt sind. Es ist nur möglich nach expliziter Nachfrage bei einem Verkäufer oder Verkäuferin diese zu erhalten.

Hier wird ein Kompromiss vorgeschlagen. Denn wie aus der Abbildung 2: Rauchverhalten 2000 - 2012⁸⁷ ist ebenso ersichtlich, dass trotz dieser Maßnahme in Finnland dennoch geraucht wird und somit sollte auch keine zu große Einschränkung für die Industrie und für die Steuereinnahmen des Staats vermeidbar sein. Das Werbeverbot hätte nicht nur Auswirkung auf dieses Gesundheitsziel, sondern würde auch dem Ziel gesund aufwachsen Sorge tragen, denn dann wäre an

⁸⁷ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 471, Zugriff v. 03.04.2017

manchen Bushaltestellen, an denen vor allem Schulkinder ein- und aussteigen, keine überdimensionierte Tabakreklame mehr zu sehen.

Eine weitere unglückliche Formulierung ist dem Gesetzgeber bei dem Gesundheitsziel der Kompetenzerhöhung unterlaufen, denn bei genauerer Betrachtung wird dies durch den Bezug auf Patienten ergänzt was wiederum eine vorhandene Krankheit bedingt. Dies suggeriert erstens, eine Trennung von Kranken zu Gesunden und zweitens dient dies nicht dem Präventionsgedanken der davon geprägt ist, gar keine Krankheit aufkommen zu lassen.

Bei dem Gesundheitsziel, dass sich auf die Erkrankung an Diabetes mellitus bezieht ist dem Gesetzgeber eine sehr gute Formulierung gelungen. Diese beinhaltet als einziges Gesundheitsziel den direkten Bezug auf das Senken des Erkrankungsrisikos und trägt somit vollumfänglich zum Präventivgedanken bei.

Eine letzte Anmerkung ist zum Kapitel 2.1.3. zu machen. Da es sich bei der Gesundheit um ein allgemeingültiges Gut handelt ist es in den Augen des Verfassers nicht tragbar, dass es nur von einem Teil der Gesellschaft getragen wird. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen auch die PKV ebenso in das Gesetz einzubinden wie die GKV schon ist.

Abschließend ist festzuhalten, dass es ein sehr junges Gesetz ist und dadurch seine Auswirkung und Nachhaltigkeit noch nicht voll nachprüfbar ist. Nach Meinung des Verfassers ist trotz der oben aufgeführten Anmerkungen und Kritiken, mit diesem Gesetz der richtige Weg für die Zukunft, weg von dem Ansatz Kranke heilen hin zu nicht erkranken, sprich dem Präventionsgedanken, eingeschlagen worden.

Gesellschaftliche Entwicklung

Es wird sich hier auf die Bewegungsarmut und den demografischen Wandel bezogen. Für diese beiden Trends gibt es, wie bereits in den betreffenden Kapiteln vorgestellt, genug Daten die diese belegen.

Im Fall der Bewegungsarmut ist in den Augen des Verfassers noch nicht genau zu erkennen wie der Gesetzgeber daraufhin reagiert und reagieren wird. Denn es lassen sich nur indirekte Verweise in der gesetzlichen Grundlage dazu finden.

Aus diesem Grund wird hier die Empfehlung gegeben diese Entwicklung, vor allem bei den Jungen und Mädchen noch genauer zu verfolgen um Maßnahmen zu entwickeln die gegen diesen Trend vorgehen. Denn die Zahlen von dem jetzt schon vorhandenen Bewegungsmangel bei den Erwachsenen, ersichtlich aus Tabelle 1: Körperliche Inaktivität in Deutschland⁸⁸, sind alarmierend. Dies wird auch an dem WHO Beispiel deutlich welches in der Abbildung 5: exemplarische Ursachen-/ Wirkungskette von Krankheitsentstehung⁸⁹ dargestellt wird. Aber dort einen viel stärkeren und engeren Bezug zu einem sehr großen vermeidbaren Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen hat.

Zum Demografischen Wandel und dessen Entwicklung, ersichtlich aus Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung 1950 - 2030⁹⁰, gibt es nicht viel zu ergänzen, denn diese Entwicklung ist seit Jahrzehnten bekannt und der Staat besitzt sehr weitreichende Prognosen in die Zukunft und damit eine sehr gute Grundlage für ein dementsprechendes Handeln. Diesem muss nur auf ebenso langfristige Sicht Sorge getragen werden, denn eine kurzfristige Maßnahme wird keine ersichtlichen Auswirkungen für die Zukunft besitzen.

Gegebenenfalls müssen nach Meinung des Verfassers hier auch neue Wege gegangen werden. Eine denkbare und nicht von der Hand zu weisende Möglichkeit wurde mit dem Beispiel aus Finnland in dem Kapitel 4.3 Synergieeffekte gegeben. Dieses Beispiel basiert auf mehreren Gesundheitszielen und da es sich um eine sehr langfristig angelegte Thematik handelt, ist dessen Umsetzung ebenfalls realisierbar. Dieses Beispiel ist aber nicht als alleinige Möglichkeit zu sehen, sondern soll nur wie auch in dem Kapitel schon erwähnt eine weitere Möglichkeit aufzeigen, dass sogar durch städteplanerische Tätigkeiten, die Lebensqualität von älteren Menschen gefördert werden kann.

⁸⁸ Vgl. RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 191, Zugriff v. 03.04.2017

⁸⁹ WHO, 2009, S. 2

⁹⁰ RKI, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, S. 435, Zugriff v. 03.04.2017

Gesundheitsleistungen und Kompetenzen

Auf die Gründe der Betrachtung dieses Punktes ist schon in dem betreffenden Kapitel 3 eingegangen worden. Somit wird hier eine Bewertung vorgenommen und die Verknüpfung zu dem Beispiel Kompetenzen aus Kapitel 4.2 Bezug genommen. Ebenso wird hier auch noch einmal auf die Therapieformen, aus Kapitel 2.4, verwiesen.

Die zwei wichtigsten Gründe für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit sind hier, dass es sich bei diesen sogenannten IGeL um Vorsorgeleistungen handelt. Daher können sie in Bezug auf Prävention für eine Bewertung herangezogen werden. Der zweite Grund ist, dass diese Selbstzahlerleistungen von dem Klientel der Ärzte abhängig ist, was ebenfalls in dem betreffenden Kapitel näher ausgeführt wurde.

Da nach der Bewertung des MDS festgestellt worden ist, dass nach einem Bewertungszeitraum von fünf Jahren nur 7% der angebotenen Leistungen als positiv für den Patienten bewertet wurden ist hier festzuhalten, dass dies ein äußerst schlechten Effektivitätsgrad darstellt.

Dieser Grund lässt die Schlussfolgerung zu, dass es nicht ausreichend ist sich für nachhaltige Prävention auf die Ärzteschaft zu konzentrieren. Dieser Grund wird auch bedingt, dadurch dass die primäre und ganz klassische Aufgabe eines Arztes darin besteht einen kranken Menschen wieder in den Bereich der gesunden zu bringen.

Wie schon in Kapitel 2.4 angesprochen schließt es aber nicht aus, dass ein Arzt auch konservative Therapieformen anbieten kann, doch um die volle Kapazität des Gesundheitssystems auszunutzen müssen auch hier nach Meinung des Verfassers neue Wege eingeschlagen werden. Eine Kompetenzerhöhung, wie auch im PräVG verankert, darf sich nicht nur auf die Patienten beschränken, sondern sollte alle Akteure im Gesundheitssystem einbinden. Das Beispiel aus Kapitel 4.2 Kompetenzen soll hierfür als Beispiel dienen.

Wie genau der Gesetzgeber diese Kompetenzerhöhung für alle Akteure im Gesundheitssystem umsetzen wird, ist bis dato noch nicht ersichtlich. Theoretisch sind dafür mehrere Möglichkeiten vorstellbar, eine davon könnte sein, die beruf-

liche Ausbildung von z.B.: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und anderen Gesundheitsberufen auf das Niveau eines Studiums anzuheben und somit eine umfassendere Ausbildung zu gewährleisten.

Nach Meinung des Verfassers ist dies in der Theorie vorstellbar, aber ein besserer und vermutlich auch in der Praxis umsetzbarer Ansatz wäre nicht die Gesamtheit der Ausbildungsberufe im Gesundheitsbereich anzuheben, sondern nur eine zweite Schiene einzuführen die es erlaubt neben der Ausbildung auch einen Berufsabschluss auf universitärem Niveau zu gewährleisten.

Diese zweite Schiene muss hauptsächlich, der Meinung des Verfassers nach, zwei Kriterien erfüllen. Das erste Kriterium muss sein, eine vom Staat aus angebotene Berufsausbildung auf universitärem Niveau. Damit gewährleistet wird, dass nach einheitlichen und klar strukturierten Lehrplänen und Studienordnungen unterrichtet wird, die sich am aktuellen wissenschaftlichen Stand orientieren. Der zweite Grund baut darauf sukzessiv auf, und zwar die Erhebung von den konservativen Therapieformen die dieser neue Berufsstand, dann auch gegenüber den Krankenkassen geltend machen kann.

6 Fazit

Aus allen in der Arbeit aufgeführten Daten, Fakten, bewerteten und vorgestellten Beispielen kommt der Verfasser zu folgendem Schluss.

Die Fragestellung der Arbeit ‚Besteht in Deutschland im Zuge des demografischen Wandels und der zunehmenden Bewegungsarmut der Gesellschaft die Chance durch konservative Therapieformen die Lebensqualität im Sinne des Präventionsgesetzes zu fördern?‘ kann nicht mit einem klaren Ja oder Nein beantwortet werden.

Denn die Gesetzeseinführung des PräVG und dessen Auswirkungen kann nach so kurzer Zeit noch nicht aussagekräftig genug beantwortet werden. Es zeichnet sich aber ab, dass sich in dem Gesetz einiges an Potential verbirgt, welches aber weiteren Änderungen und noch konkreteren Formulierungen bedarf.

Es konnte aber identifiziert werden, dass die bis jetzt vorliegenden bewertbaren Daten über Vorsorgeleistungen die über die ärztliche Schiene laufen sehr schlecht abschneiden. Änderungen diesbezüglich die durch das PräVG zu erwarten sind werden eher kleine Veränderungen bewirken, denn dafür ist das Gesetz nicht ganzheitlich genug durchdacht worden und weist zu viele kleine Fehler auf.

Somit ist die Frage in den Augen des Verfassers und den zu Grunde liegenden Daten dennoch, mit einem tendenziellen Ja zu beantworten. Die Chance besteht.

Literaturverzeichnis

Monographien/Sammelwerke

Statistisches Bundesamt (Hg.), BEVÖLKERUNG DEUTSCHLANDS BIS 2060, Wiesbaden 2015.

Robert Koch-Institut (Hg.), Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin 2014.

WHO (Hg.), Global recommendations on physical activity for health, Switzerland Geneva 2010.

WHO (Hg.), Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks, Switzerland Geneva 2009.

Artikel

Müller, Olaf; Razum, Oliver: 30 Jahre Primary Health Care: Die Neuauflage einer Revolutionären Idee (2008) Heft 9/2008, Berlin 2008.

Internetquellen

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31,
https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5b@attr_id=%27%27%5d#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1490109882834, Zugriff v. 01.04.2017.

Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/izpb/55938/glossar-demografische-begriffe>, Zugriff v. 18.02.2017.

Caspersen, PhD. MPH. Carl J.; Powell, MD. MPH. Kenneth E.; Christenson, PHD. Gregory M.: Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>, Zugriff v. 20.02.2017.

IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/>, Zugriff v.05.04.2017.

IGeL-Monitor, <https://www.igel-monitor.de/igel-a-z.html>, Zugriff v. 05.04.2017.

Fachklinik Klaus Störtebeker, <https://www.ostseestrandklinik.de/vorsorge/Unser-Team.aspx>, Zugriff v. 04.04.2017.

Leukerbad Clinic, <http://www.leukerbadclinic.ch/de/clinique/equipe-interdisciplinaire>, Zugriff v. 04.04.2017.

Robert Koch-Institut (Hg.), Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland, <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>, Zugriff v. 03.04.2017.

Statistisches Bundesamt (Hg.), Die Generation 65+ in Deutschland, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochuere_generation65.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff v. 03.04.2017.

WHO, Alma-Ata Declaration, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>, Zugriff v. 01.04.2017.

WHO, Ottawa Declaration, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff v. 01.04.2017.

US Department of Health and Human Services, 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>, Zugriff v. 20.02.2017.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname

